

Fronteiras da sanidade: 'Periculosidade' e 'risco' na articulação dos discursos psiquiátrico forense e jurídico no Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso de 1925 a 2003

Francis Moraes de Almeida

Professor da UFSM

Este artigo analisa a articulação entre os discursos jurídico e psiquiátrico forense nos laudos do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso entre 1925 e 2003. Adotando uma abordagem arqueogenealógica inspirada em Michel Foucault, descreve os regimes de verdade jurídico-legais e médico-científicos em que emergem as noções de *periculosidade* e *risco*. Até 1973, há o predomínio da periculosidade, segundo a qual determinantes hereditários e de personalidade tendiam a ser associados ao comportamento criminoso violento. A partir daí, emerge a noção de risco, centrada na determinação de potenciais reincidências com ênfase na classificação psiquiátrica.

Palavras-chave: crime, loucura, periculosidade, risco, Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso

The article **Borders of Sanity: The 'Dangerousness' and 'Risk' In Synthesising the Forensic Psychiatric and Legal Lines of Discourse at the Maurício Cardoso Forensic Psychiatric Institute From 1925 To 2003** analyses the way the legal and forensic psychiatric arguments were engaged in the reports of the Maurício Cardoso Forensic Psychiatric Institutions from 1925 to 2003. Adopting an archeogenealogical approach drawn from Michel Foucault, it describes the legal and medical-scientific regimes of truth in which the notions of dangerousness and risk emerge. Until 1973, the notion of dangerousness was dominant, according to which hereditary and personality determinants tended to be associated to violent criminal behavior. Since then, the notion of risk has emerged, centered on the determination of potential recurrences with emphasis on psychiatric classification.

Keywords: crime, insanity, dangerousness, risk, Maurício Cardoso Forensic Psychiatric Institute

Introdução

Recebido em: 27/01/2012

Aprovado em: 05/09/2012

Este artigo¹ descreve de que modo a articulação entre os discursos psiquiátrico e jurídico modifica gradualmente a forma como são descritos os indivíduos considerados perigosos, partindo da caracterização de uma natureza criminosa, centrada na noção de *periculosidade*, em direção a uma definição cada vez mais orientada segundo um critério que avalia a probabilidade, o *risco* da ocorrência de comportamentos criminosos. Esta pesquisa sustenta-se teórica e metodologicamente na abordagem arqueogenealógica desenvolvida por Michel Foucault (2000; 1984), descrevendo as diferentes configurações históricas dos discursos psiquiátrico e jurídico como problematizações, nas quais *periculosidade* e *risco* correspondem a duas lógicas distintas. A pesquisa tem como base empírica os laudos periciais requisitados pelo juiz a um

1 O artigo apresenta algumas conclusões da tese *Fronteiras da sanidade*, defendida em 2009 no Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

perito psiquiatra em casos nos quais o ato criminoso do réu parece não fazer sentido, ou seja, não parece ser motivado por critérios racionais ou passionais evidentes, levantando dúvidas quanto a sua sanidade mental. O levantamento de dados foi realizado no arquivo do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso (IPFMC), instituição localizada em Porto Alegre e, desde sua fundação, na década de 1920, responsável por todos os laudos psiquiátricos (penais ou cíveis) realizados no Rio Grande do Sul (GODOY, 1955).

Embora a periculosidade seja suposta apenas nos chamados “estados perigosos”, é nos casos limítrofes (situados na fronteira entre sanidade e loucura) que ela atinge seu grau máximo. São eles os “indivíduos perigosos”, os “inimigos públicos” das descrições históricas do alienismo, da psiquiatria e da criminologia. Dado que não eram apenas criminosos, bem como não chegavam a ser insanos, a eles não serviam o manicômio nem a prisão. O estorvo causado por sua presença nessas instituições levou às primeiras iniciativas pela criação de uma instituição híbrida a eles destinada: o manicômio judiciário. Foi essa a motivação explicitada por Jacintho Godoy para a criação, em 1925, do Manicômio Judiciário do Rio Grande do Sul (MJRS), atual IPFMC.

A partir da constatação de que os casos limítrofes eram considerados os de maior periculosidade e do fato de que eles eram o alvo inicial do então MJRS, considerou-se adequado centrar o levantamento de dados nos laudos periciais que enunciassem diagnósticos desse tipo. A seleção da categoria para a realização da presente pesquisa só foi possível com a leitura dos laudos periciais arquivados em mais de 20 mil papeletas administrativas, e a partir deles se constituiu um banco de dados de cerca de 2 mil casos, constitutivo de seu *corpus*². Optou-se pela construção desse *corpus*, em vez da seleção de uma amostra de casos, justamente pelo fato de o interesse de pesquisa ser o uso dos casos limítrofes para a compreensão da articulação entre psiquiatria e direito penal, não à população de internos da instituição em questão.

2 Utiliza-se aqui a concepção de corpus de pesquisa proposta para as ciências sociais apresentada por Bauer e Aarts (2002), mais adequada aos casos como o da presente investigação, pois não se conta com dados prévios sobre a distribuição das características na população que permitissem construir um modelo amostral, e os próprios diagnósticos limítrofes apresentam modificações ao longo dos anos.

A assistência a alienados sob a égide do positivismo no Rio Grande do Sul

O Asilo de Alienados da Santa Casa de Misericórdia, criado durante a gestão do provedor João Rodrigues Fagundes (1859 e 1863), foi a primeira iniciativa voltada para o atendimento da alienação mental como um problema de saúde no Rio Grande do Sul, não exclusivamente como questão de ordem pública. Contudo, o asilo contava com apenas 38 leitos, sendo os pacientes excedentes remetidos à cadeia civil³, onde anteriormente eram alojados todos os alienados mentais (WADI, 2002, p. 50). Logo ficou evidente aos gestores da Santa Casa que a demanda por leitos para alienados era muito superior à capacidade do asilo e que a tendência da situação era piorar, dado o rápido crescimento populacional de Porto Alegre após meados do século XIX.

Além disso, a ocorrência de alienados indóceis, os chamados “loucos furiosos”, tornava necessário instalá-los em locais que se assemelhavam mais a masmorras do que a leitos hospitalares, dando aos porões da instituição o aspecto de prisão do qual ela desejava se distanciar (Idem, p. 55). Dessa maneira, a associação do perigo à loucura, evidente na aplicação da categoria louco furioso⁴ e sustentada na letra da lei do Código Criminal do Império, de 1830, foi um dos principais argumentos empregados por Coelho Júnior, preceptor da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, levando à campanha que culminou na fundação do Hospício São Pedro (HSP), em 1884⁵.

Pode-se afirmar, seguindo o argumento de Wadi, que a criação do Hospício São Pedro não partiu de um esforço organizado de domínio médico da alienação mental, pois até a sua fundação inexistiam organizações médicas ou mesmo o ensino formal da medicina no Rio Grande do Sul. Em verdade, médicos eram raros na região e as demandas de saúde, imensas, tornando-se realmente difícil conceber a existência de uma formação discursiva consistente calcada na medicina formal. Mesmo no Hospício Dom Pedro II, no Rio de Janeiro, o espaço interno da instituição teve de

3 É importante ressaltar que a muito criticada mistura entre alienados mentais e insanos foi considerada, ao longo da maior parte do século XIX, algo desumano não pelo fato de os alienados serem tratados como presos, mas sim ficarem os presos expostos às manifestações de loucura dos alienados e poderem, por conta disso, perder, eles próprios, a razão, conforme indica Engel (2001) ao apresentar a institucionalização da loucura no Rio de Janeiro.

4 A categoria louco furioso precede os diagnósticos psiquiátricos e remonta ao contexto literário medieval, como indica Le Goff (2005, p. 319): “É possível (...) distinguir diversas categorias de loucos: os ‘furiosos’ e os ‘frenéticos’, que são doentes que se podia tentar tratar ou, mais frequentemente, encerrar em hospitais especiais (...); os ‘melancólicos’, cuja esquisitice talvez fosse também física, ligada aos maus humores, mas que necessitavam mais de padre que de médico; enfim, a grande massa de possuídos que só o exorcismo podia livrar de seu perigoso hóspede”.

5 A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo igualmente negou-se a atender alienados precisamente por temer atos violentos por parte deles. Assim, foi construída uma “casa provisória” para os abrigar em meados do século XIX, em uma propriedade afastada, na qual a única divisão instituída foi separar os loucos “furiosos” dos “pacíficos” (ODA e DALGALAR-RONDO, 2005, p. 988).

ser conquistado pelos médicos a duras penas, tanto pela variedade de teorias médicas referentes à alienação e sua fragilidade ante a medicina biológica em geral quanto pela persistência dos modelos populares para a compreensão da loucura em oposição à nascente psiquiatria brasileira (ENGEL, 2001).

No Rio Grande do Sul, somente após a fundação do HSP os médicos começaram a ser reconhecidos como os enunciadores privilegiados das práticas discursivas referentes ao tratamento da alienação – mesmo assim, de modo gradual e controverso. Pode-se afirmar que a orientação positivista dos dirigentes gaúchos e a chamada “autonomização das práticas regionais”, pretextada pelo decreto-lei estadual de 30 de dezembro de 1891, redundaram na possibilidade da manutenção do princípio da liberdade profissional, muito caro aos positivistas, durante o período inicial de instauração da medicina no estado (WEBER, 1999, p. 44).

A Constituição Estadual de 1892 consagrou a liberdade do exercício profissional, reiterada pelo Regulamento dos Serviços de Higiene do Rio Grande do Sul (1895), que delegava ao Serviço de Higiene o registro de todos aqueles que, diplomados em medicina ou não, exercessem práticas terapêuticas. Dessa forma, a despeito das sanções penais ao exercício ilegal da medicina previstas no Código Penal de 1890, e diferentemente do ocorrido em Rio de Janeiro, São Paulo e outros estados que já contavam com uma classe médica mais organizada, o que se observou no Rio Grande do Sul na década de 1890 foi a afluência dos chamados “práticos” da medicina, especialmente homeopatas (Idem, pp. 49-50). Dessa forma, pode-se afirmar que lá a medicina, até o início do século XX, foi oficialmente impedida de delimitar um regime de verdade que lhe permitisse exercer o monopólio das práticas terapêuticas. Sendo assim, apesar da existência de uma formação discursiva devidamente estruturada, não foi possível ao saber médico gaúcho empreender as tecnologias políticas implicadas por seus enunciados, ao menos até o início da década de 1930.

O positivismo, projeto político predominante no Rio Grande do Sul entre 1892 a 1928, levou os políticos a uma profunda desconfiança quanto ao estatuto científico da medicina e suas práticas. Segundo eles, ela seria dotada de uma “anarquia mental”, interpretação feita a partir dos escritos de Comte, para quem a medicina, devido a sua extrema pluralidade de teorias e propostas terapêuticas concorrentes, era concebida mais como uma arte de curar do que como uma ciência plenamente desenvolvida (Idem, p. 46). Dentre todas as especialidades médicas da virada para o século XX, a psiquiatria seguramente era a mais vulnerável a essa crítica, da qual era alvo até mesmo por parte de outras áreas da medicina. O descrédito quanto ao caráter científico da psiquiatria possivelmente refletia-se nas políticas de Estado voltadas ao Hospício São Pedro, uma vez que a carência crônica de recursos e profissionais constituía reclamação constante dos primeiros médicos-chefes a administrarem a instituição (WADI, 2002).

Jacinto Godoy e a fundação do Manicômio Judiciário do Rio Grande do Sul (1925 a 1931)

Em 1925, Jacinto Godoy Gomes (1886-1959), ao realizar seu discurso de posse como diretor do Manicômio Judiciário do Rio Grande do Sul (MJRS), felicita o governo do estado pelo regulamento da instituição, que a tornou independente tanto do Hospício São Pedro quanto da Casa de Correção, seguindo o modelo inglês, considerado o mais avançado na época celebrizado pelo Criminal Lunatic Asylum of Broadmoor (GODOY, 1955, pp. 63-65). Tendo como referência os teóricos franceses, Godoy indica que o MJRS deveria visar os limítrofes, ou seja, aqueles que não eram nem alienados mentais nem criminosos por completo: perversos instintivos, desequilibrados, amorais (GODOY, 1932, p. IX). Segundo ele, a importância principal da criação de instituições como o MJRS era tratar adequadamente esses indivíduos nem completamente criminosos nem totalmente insanos,

considerados inintimidáveis pelas penas e que, portanto, deveriam ser “retidos” e não “detidos” em instituições especiais (nem prisões nem asilos) dirigidas por médicos, enquanto o perigo por eles representado perdurasse, possivelmente pela vida toda, como explicita na passagem seguinte:

A questão da responsabilidade penal seria por consequência facilmente resolvida se os dois grupos de indivíduos, normais e intimidáveis de um lado, e alienados, inintimidáveis, de outro lado, fossem nitidamente distintos. Mas, infelizmente, não é assim. E é justamente da confusão existente entre os limites extremos destes dois grupos que derivam todas as dificuldades práticas. Com efeito, existem indivíduos desequilibrados, anormais em diferentes graus, cuja inteligência é lúcida, que estão na fronteira da alienação mental e que pelas suas reações perturbam constantemente a ordem social. Qual deve ser a conduta da sociedade em face destes indivíduos? Os partidários da responsabilidade moral declaram: esses indivíduos, vítimas duma hereditariedade patológica e muitas vezes de uma educação defeituosa, são dotados de uma vontade extremamente fraca, que lhes não permite resistir a seus sentimentos egoístas e seus instintos mais ou menos perversos. A fraqueza congênita da sua vontade diminui a sua responsabilidade moral: logo, a responsabilidades morais atenuadas devem corresponder penalidades menos fortes. Os partidários da responsabilidade fisiológica pretendem: esses desequilibrados gozam de uma constituição cerebral defeituosa, são anormais, são doentes. Devem escapar a toda a repressão penal. Seu tratamento deve ser confiado a médicos. Mas, como são perigosos para a ordem pública, não podem ser deixados em liberdade pela sociedade; desde os seus primeiros delitos e antes mesmo, se for possível, serão não *detidos*, mas *retidos* em estabelecimentos especiais dirigidos por médicos. *Desses estabelecimentos não sairão senão curados, quando o seu desequilíbrio mental constitucional tiver desaparecido, isto é, devemos confessa-lo, nunca* (GODOY, 1932, pp. IX-X, grifos nossos).

Apesar dessa intenção inicial, o que ocorre nas décadas seguintes é uma mudança na função explícita da instituição, pois seus peritos não aceitarão esse papel híbrido, de psiquiatras-carcereiros, sugerido por Jacintho Godoy. Eles se esforçarão por tornar o MJRS uma instituição de tratamento da saúde mental, adotando apenas os doentes mentais como sua competência institucional, em exclusão dos “intratáveis” e “inintimidáveis” limítrofes.

Para finalizar seu discurso, Godoy presta homenagem ao positivismo, algo perfeitamente compreensível, dado que fora indicado diretor da instituição por Borges de Medeiros⁶. Ao fazê-lo, deixa claro que seguirá a linha francesa⁷ em sua atuação no MJRS:

Meus senhores, a psiquiatria não escapou à *lei dos três estados, religioso, metafísico e positivo*. No estado religioso, completamente divorciado da medicina, o alienado, considerado como um possessor do demônio, é encarcerado nas prisões. A reforma de Pinel inaugura o período metafísico, e a psiquiatria ingressa no domínio propriamente médico, mas o caráter essencialmente filantrópico da reforma desse grande homem explica as tendências puramente filosóficas e psicológicas desse estado. É com Morel que começa o estado positivo, verdadeiramente científico, em que a noção da etiologia tóxica ou infecciosa serve de base a uma classificação nosológica. No momento atual da ciência médica, diante das conquistas maravilhosas da biologia, já se pode afirmar com desassombro *que as moléstias mentais não existem*. [Diz Seglós:] “O que existe são síndromes mentais ou afecções cerebrais com expressão psíquica, determinados por perturbações orgânicas ou funcionais produzidas por toxi-infecções adquiridas ou hereditárias (Idem, p. XIII, grifos nossos).”

Na passagem citada, utilizando a clássica fórmula dos três estágios de Comte, o psiquiatra gaúcho procurou enfatizar aos dirigentes políticos positivistas presentes à cerimônia de inauguração que a psiquiatria havia alcançado seu estágio científico, livrando-se da aludida “anarquia mental”. Sustentar o argumento extremo da inexistência das doenças mentais, uma vez que elas todas seriam explicadas pela biologia, era algo adequado e coerente com o ideário positivista⁸, mas estava longe do que se poderia observar na miríade de diagnósticos, ora conflitantes ora aparentados, que proliferaria nos laudos periciais do MJRS nas décadas seguintes.

6 Borges de Medeiros (1863-1961) foi uma importante figura política gaúcha no início do século XX. Filiado ao Partido Republicano Rio-Grandense (PRR), sucedeu Júlio de Castilhos em 1898 e permaneceu na presidência do estado até 1928, mantendo a preeminência do positivismo político durante todo esse período.

7 Tal linha está em descompasso com as tendências da época no país, especialmente no Rio de Janeiro, que sob a égide do psiquiatra Juliano Moreira, adotara, desde o início do século XX, a corrente Krapelin e propusera uma classificação brasileira de moléstias mentais com base na psicopatologia alemã (VENÂNCIO e CARVALHAL, 2001).

8 Na hierarquia das ciências de Auguste Comte, a biologia ocupava papel privilegiado, estando subordinada apenas à sociologia (COMTE, 1972).

9 A fim de marcar o caráter “cientificizante” da reforma que empreendeu no hospital, Godoy modificou o nome da instituição, substituindo “hospício” por “hospital psiquiátrico”, como ele diz em seu discurso de 1937, quando retomou a direção do São Pedro: “(...) asilos de alienados, que devem, daqui por diante, riscar das suas fachadas o nome lúgubre de hospício, substituindo-o pelo de hospital psiquiátrico” (GODOY, 1955, p. 76).

10 Segundo conta o próprio psiquiatra, sua demissão se deu “sob a falsa alegação de atividade política, mas sendo seu verdadeiro motivo a circunstância de uma velha ligação de amizade com um grande homem público que se viu envolvido, na ocasião, no movimento armado pela reconstitucionalização do país” (Idem, p. 15).

11 O relatório de Sebastião Leão é resultado de exames por ele realizados ao longo de 1896 nos 226 detentos da Casa de Correção e constitui o primeiro escrito médico a se ocupar do crime como objeto no Rio Grande do Sul. Uma vez que na época inexistia no Código Penal, datado de 1890, um enquadramento para os limitrofes, eles eram considerados presos comuns e, logo, detidos na Casa de Correção (não no Hospital São Pedro, para onde eram encaminhados os alienados que cometiam crimes), onde foram compreendidos na população pesquisada por Sebastião Leão. O acesso ao *Relatório de Sebastião Leão, médico de polícia*, de 1897, foi possível graças à digitalização do documento anexada à obra de Pesavento (2009).

O peso científico da psiquiatria proposta por Jacintho Godoy apresentou seus efeitos a partir do ano seguinte, pois com o falecimento do diretor do HSP, ele foi nomeado diretor da Assistência a Alienados, acumulando as funções de diretor do MJRS e do Hospital Psiquiátrico São Pedro⁹, entre 1926 e 1932. A proximidade pessoal de Godoy com o PRR seguramente o favoreceu até 1928. Todavia as mudanças na configuração política estadual e a ascensão de Getúlio Vargas no âmbito nacional ocasionaram sua demissão, em 1932¹⁰.

No levantamento de dados realizado no arquivo administrativo do IPFMC, foi encontrado um número extremamente reduzido de laudos periciais no período em que Godoy dirigiu a instituição. Acredita-se que sua demissão inesperada tenha direta relação com a inexistência de laudos arquivados, pois no mesmo ano o psiquiatra pagou com recursos próprios a publicação de uma seleção de “pareceres médico-legais” de seu punho, que intitulou *Psicologia criminal*. Essa publicação constitui fonte exclusiva de dados sobre o MJRS entre 1925 e 1932, uma vez que os poucos laudos encontrados no IPFMC eram referentes apenas aos casos de esquizofrenia e outras psicoses, diagnósticos excluídos do *corpus* desta pesquisa.

Embora 199 papeletas de pacientes referentes ao período estejam arquivadas, apenas 52 laudos são apresentados em *Psicologia criminal*. Quatro foram eliminados do banco de dados por conterem apenas comentários do próprio Godoy. Em sua maioria, os periciados são homens (41, contra sete mulheres), brancos (36, contra três mistos e quatro negros) e não é possível saber os graus de escolaridade (em 41 casos ela não é referida), mas se pode inferir que são baixos pelas ocupações descritas, referentes, em geral, a atividades manuais sem especialização.

Quanto aos crimes, mais de 80% envolvem violência física, sendo 70% homicídios (tentados e/ou realizados), especialmente empregando armas brancas (machado, faca e navalha). As sete mulheres submetidas à perícia cometeram homicídios (três mataram filhos; três, os companheiros; e uma, a mãe). Essa tendência é similar à apresentada pelos dados da Casa de Correção levantados três décadas antes por Sebastião Leão¹¹, e corrobora a hipótese de que os indivíduos considerados perigosos eram, no início do século XX, encaminhados para a perícia psiquiátrica em virtude da violência dos crimes cometidos.

Quadro1 – Cruzamento entre crime e diagnóstico em ‘Psicologia criminal’, de Jacintho Godoy (1932)

		Crime						TOTAL
		Falsificação	Furto	Homicídio	Lesão corporal	Não especificado	Roubo	
Diagnóstico primário	Debilidade mental	0	0	2	0	0	0	2
	Debilidade mental/ Afecção orgânica	0	0	2	0	0	0	2
	Embraguez	0	0	2	1	1	0	4
	Epilepsia	0	0	5	0	0	0	5
	Perversão instintiva/ degeneração atípica	1	0	11	0	1	0	13
	Psicose	0	0	6	2	1	0	9
	Sem diagnóstico	1	1	7	1	2	1	13
TOTAL		2	1	35	4	5	1	48

Fonte: registros administrativos do IPFMC

O Quadro 1 apresenta o cruzamento entre crimes e diagnósticos respectivamente atribuídos aos acusados. Nele observa-se alta correlação entre os crimes de homicídio e o diagnóstico de perversão instintiva ou degeneração atípica, que correspondem aos limítrofes por excelência.

O Manicômio Judiciário do Rio Grande do Sul sob a égide da Chefatura de Polícia (1932 a 1950)

Após o afastamento de Jacintho Godoy da direção do manicômio judiciário, a Assistência a Alienados (englobando o HPSP e o MJRS) passou a José Luis Guedes¹² (1882-1943), o que representou uma dupla ruptura com o plano original de Godoy para a instituição. Apesar de ainda serem empregadas categorias que remontam à classificação francesa (“estado atípico de degeneração”, “degeneração superior”, etc.) elas aparecem ao lado de categorias desenvolvidas por Krafft-Ebing (como perversão sexual), ou mesmo por Kraepelin e seus discípulos (“personalidade psicopática”, por exemplo), mais de acordo com o que vigia na psiquiatria praticada à época na Capital Federal. A alteração do Código Penal, em 1940, não influenciou diretamente os diagnósticos aplicados. Contudo, as recomendações referentes à semi-imputabilidade passaram

12 Por um lado, Luis Guedes realizou sua formação no Rio de Janeiro, concluída em 1904, sendo diretamente influenciado pelos reflexos “da revolução kraepeliana” empreendida por Juliano Moreira. Após retornar a Porto Alegre, trabalhou entre 1913 e 1916 no HSP, voltando ao Rio de Janeiro em 1916 para estágio com Antônio Austregésilo (1876-1961) na cátedra de clínica neurológica e Juliano Moreira no Hospício Nacional (GOMES, 2006). A influência da psiquiatria carioca sobre Luis Guedes, fortemente calcada nos determinantes neuroanatômicos das patologias mentais, torna-se evidente no estudo clínico apresentado para o concurso à cátedra de neurologia e psiquiatria da Faculdade de Medicina de Porto Alegre (GUEDES, 1917).

a indicar que aqueles enquadrados na categoria (basicamente os “loucos morais” de outrora, na maior parte, os diagnosticados como “personalidades psicopáticas”) passassem a ser encaminhados para colônias agrícolas, não mais para o manicômio judiciário.

A demissão de Godoy representou o fim da relativa independência de que a instituição gozara até então, apesar de ainda estar funcionando em um dos prédios do HPSP. A Constituição do Estado Novo (BRASIL, 1937) decretou a impossibilidade do acúmulo de cargos públicos, o que levou o MJRS a ser institucionalmente desligado da Assistência a Alienados (e consequentemente do HPSP), passando para a seção de Presídios e Anexos da Chefatura de Polícia. O diretor da instituição passou a ser o próprio chefe de polícia, Aurélio da Silva Py¹³, que deu ordens para o início das obras de construção do prédio próprio do MJRS, em um terreno de quatro hectares ao lado do HPSP.

No início de 1938, Godoy reassume a direção do HPSP e em meados do mesmo ano é convidado por Silva Py para realizar o discurso de inauguração do novo prédio do MRJS, que passou a ser nomeado como Manicômio Judiciário Maurício Cardoso¹⁴. A realização de perícias com maior sistematicidade (em torno de um ano após a internação) só pôde ser observada após Luiz Germano Rothfuchs ocupar o cargo de médico-chefe no MJMC, em 1939, depois de um período de relativa estagnação das atividades periciais durante a direção de Luís Guedes (1932 a 1937).

Após 1940 há um gradual aumento no fluxo de crimes contra o patrimônio como motivo principal do encaminhamento para a perícia. Isso parece indicar que depois da criação do enquadramento jurídico “perturbação da saúde mental”, inserido pelo parágrafo único do artigo 22 do Código Penal de 1940, começou-se a se delinear uma articulação consistente entre determinadas formas de perturbação da saúde mental, mormente o diagnóstico de personalidade psicopática, e a conduta criminosa recorrente. Pode-se considerar esse fenômeno a emergência de uma nova dimensão à noção, formalizada no próprio Código Penal de 1940, da “periculosidade”, que possui direta relação com os diagnósticos associados à “perturbação da saúde mental”.

13 Aurélio da Silva Py (1900-1974) era médico de formação antes de seguir na carreira militar. Chefe de Polícia do Rio Grande do Sul (1938 e 1943), em virtude da 2ª Guerra Mundial foi incumbido por Getúlio Vargas de investigar possíveis ações do Partido Nacional Socialista Alemão no estado, desmascarando agentes e redes de propaganda e cooptação nazistas. Após o término da guerra, publicou o resultado de várias de suas investigações em uma volumosa obra (PY, 1942).

14 O nome do jurista Maurício Cardoso (1888-1938) possivelmente foi sugerido pelo próprio Godoy, dado que ambos haviam sido membros da chamada Geração de 1907 e chegaram a escrever uma peça de teatro juntos em 1911 (GODOY, 1955, p. 10). Maurício Cardoso dedicou-se à carreira política e ocupou cargos importantes sob o comando de Getúlio Vargas. Sua morte inesperada ocorreu devido à queda de um avião quando ele retornava do Rio de Janeiro em 1938 (CPDOC-FGV, 1997).

No tocante aos propriamente limítrofes, cerca de 84% do total de casos no período são abarcados pelos diagnósticos de personalidade psicopática¹⁵ em geral ou em tipos específicos. No interior da categoria, as mudanças de nomenclatura são importantes para se compreender as modificações de orientação teórica na instituição. Os pareceres médico-legais redigidos por Rothfuchs empregam, de modo mais ou menos uniforme, diagnósticos que se reportam diretamente às classificações degeneracionistas de Morel e seus seguidores (degeneração psíquica; degenerada superior – tipo desarmônico; degenerada superior – tipo desarmônico; estado atípico de degeneração). Segundo os comentários de Afrânio Peixoto (1938, p. 190) na década de 1930, tais teorias já estavam em franco desuso; a categoria “personalidade psicopática”, de Kraepelin, segundo ele, gozava de maior aceitação. Só após 1944, quando Messina torna-se relator de laudos periciais, a categoria passa a ser empregada de modo sistemático, sendo mantida até a década seguinte.

Deve-se destacar que não se observa uma real ruptura com o modelo francês, apenas uma mudança de nomenclatura de “degeneração atípica” para “personalidade psicopática”, que constitui, por excelência, o diagnóstico dos limítrofes após a década de 1940 no MJMC. Embora, quando acompanhada por seus subtipos, a categoria aproxime-se de caracterizações que se reportam a quadros clínicos bem definidos (tipo histérico, tipo depressivo, etc.), na maior parte de suas aplicações apenas indica um “desequilíbrio generalizado” ou uma “personalidade anormal”. Atos considerados antissociais ou reprováveis (brigas, infidelidade conjugal, homossexualidade, alcoolismo, etc.) fossem diagnosticados nos pareceres como comorbidades ou não, eram considerados elementos sintomáticos do próprio diagnóstico de personalidade psicopática.

Nesse período, observa-se uma redefinição da função atribuída ao MJMC por parte de seu corpo profissional. Segundo o discurso inaugural de Jacintho Godoy, proferido em 1925, a instituição destinava-se àqueles que cometiam atos criminosos e não tinham lugar nem nos hospícios nem nas prisões, ou seja, precisamente aos limítrofes, enquadráveis no construto jurídico de “perturbação da saúde mental”. Contudo, após 1946, os peritos vão

15 Para fins de apresentação dos dados, os diagnósticos específicos dos períodos anteriores à década de 1970 foram uniformizados com base nas categorias diagnósticas mais preeminentes, nesse caso a “personalidade psicopática”. Como adiante explicado, Rothfuchs não emprega esse diagnóstico, embora ele seja homólogo à descrição dos sintomas por ele aplicados.

além do que o Código lhes prescreve¹⁶ e passam a indicar aos juízes que os periciados com diagnósticos correspondentes a perturbações da saúde mental não deveriam ser internados no MJMC. Inicialmente, essa sugestão deve-se a especificidades de determinados casos, mas, gradualmente, passa a ser empregada de modo mais ou menos sistemático, indicando que a instituição é voltada ao tratamento de doentes mentais, sendo mais recomendável o envio dos criminosos considerados semi-imputáveis para colônias agrícolas para o cumprimento de medida de segurança. O objetivo dessa posição por parte dos peritos é caracterizar o MJMC como uma instituição médica e defender que o convívio de doentes mentais com criminosos seria prejudicial a ambos.

Quadro 2 – Cruzamento entre diagnóstico primário e crime principal (1932-1950) – Manicômio Judiciário Maurício Cardoso

		Crime					TOTAL
		Crime contra a pessoa	Crime contra a vida	Crime contra o patrimônio	Crime contra os costumes	Outros crimes	
Diagnóstico primário	Epilepsia	0	2	0	1	0	3
	Personalidade perversa instintiva	1	14	3	5	1	24
	Personalidade psicopática	12	38	31	21	17	119
	Personalidade psicopática – tipo esquizóide	0	4	2	0	0	6
	Personalidade psicopática – tipos específicos	1	17	7	2	0	27
	Psicose	0	5	0	0	0	5
	Retardo mental	0	2	0	0	0	2
TOTAL		14	82	43	29	18	186

Fonte: Registros administrativos do IPFMC

16 Aos peritos caberia exclusivamente oferecer um diagnóstico e o enquadrar como “doença mental” ou “perturbação da saúde mental”; ao juiz competiria arbitrar sobre a imputabilidade do periciado como réu, bem como decidir o destino mais adequado a ele, dada a inexistência das casas de custódia e tratamento previstas no Código.

Observa-se que, de 1925 a 1940, a despeito da orientação institucional por um modelo punitivo, há um predomínio da modalidade enunciativa médico-científica sobre a modalidade enunciativa jurídico-legal, ou seja, as categorias diagnósticas são aplicadas por meio das práticas discursivas psiquiátrico-forenses sem referência direta ao Código Penal vigente (1890) nem indicação quanto à imputabilidade penal do réu. Como acima afirmado, começa-se

a notar um maior afinamento entre as duas modalidades, por meio de uma tentativa de autotradução da modalidade de médico-científica para redefinir o papel do MJMC. Entretanto, a despeito dessas modificações, fica claro que a periculosidade associada aos crimes cometidos por portadores de “personalidades psicopáticas” decorre do caráter violento desses crimes, sendo eles em sua maioria constituídos por crimes contra a pessoa ou contra a vida, como mostra o Quadro 2. Dessa forma, até 1950 deposita-se uma ênfase relativa na busca de fatores orgânico-hereditários para a explicação da anormalidade psíquica dos limítrofes, bem como de suas condutas criminais.

Neuroses de caráter e personalidades psicopáticas: o crime como fruto do desenvolvimento psíquico anormal (1951 a 1973)

A introdução da psicanálise no Rio Grande do Sul ocorreu em paralelo ao desenvolvimento do movimento psicanalítico organizado no Rio de Janeiro e em São Paulo, mas sem vinculação direta com ele em seu período inicial. Considera-se a década de 1940 como o início da consolidação da psicanálise como influência predominante na psiquiatria gaúcha¹⁷. De modo geral, observa-se ao longo das décadas de 1940 e 1950 uma maciça orientação psicanalítica dos psiquiatras no estado, pois a técnica psicanalítica representava tanto uma forma de desvencilharem-se da psiquiatria biológica de Kraepelin, substituindo-a pela “psiquiatria dinâmica” de Freud, como também uma alternativa às terapêuticas de choque (malarioterapia, insulino-terapia, eletroconvulsoterapia, etc.), vastamente empregadas até 1950 devido à inexistência de psicofármacos eficazes. O seguinte relato de Cyro Martins ilustra a frustração com a psicopatologia e terapêutica vigentes até o advento da psicanálise na psiquiatria gaúcha:

Os psiquiatras da minha geração, empenhados no exercício honesto da especialidade, contavam com a sistematização de Kraepelin para o diagnóstico dos grandes quadros bem definidos da patologia mental. Mas, e depois? Por isso,

17 Costuma ser lembrado como um dos marcos dessa consolidação o retorno de Décio de Souza de uma viagem de estudos aos EUA, na qual ele estabeleceu contato com o Instituto de Psicanálise de Nova York e após a qual passou a ensinar psicanálise em suas aulas na Universidade do Rio Grande do Sul, entre 1944 e 1950 (GOMES, 2006). Outro marco importante, que define o início da tradição na clínica psicanalítica na psiquiatria gaúcha, é a viagem de Mario Martins e sua esposa a Buenos Aires em 1944 para formar-se com Angel Garma, seguido por vários psiquiatras gaúchos nos anos seguintes, de acordo com o relato de Cyro Martins (1993).

quando veio a convulsoterapia e a insulino-terapia, nos atiramos a elas, como náufragos em busca de uma tábua de salvação, com o louvável propósito de curar. E com isso só aumentávamos o tormento dos nossos insanos. No desespero, fazíamos às vezes combinações com o coma insulínico. E os doentes sobreviviam! Essa barbaridade não acontecia na Idade Média. Foi há 60 anos. Sei que a história da psiquiatria tem outros horrores. Mas aqueles antigos pelo menos não se davam ares de terapêutica científica, fundiam-se ao natural com a feitiçaria (MARTINS, 1993, p. 115).

Ao longo da década de 1950, a orientação psicanalítica torna-se hegemônica na psiquiatria gaúcha. Prova disso é a constituição, nas dependências do Hospital Psiquiátrico São Pedro, do curso de especialização em psiquiatria dirigido por David Zimmermann e Paulo Guedes, então professores da Faculdade de Medicina da Universidade do Rio Grande do Sul (PICCININI, 2007). Em 1961, o movimento psicanalítico gaúcho alia-se à Sociedade Psicanalítica do Rio de Janeiro para alcançar seu reconhecimento formal junto à International Psychoanalytical Association (IPA), o que ocorre em 1963, quando é constituída a Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre (SPPA).

Nota-se que o período imediatamente anterior à maior frequência de conceitos psicanalíticos nos laudos do MJMC coincide com a criação do Centro de Estudos Psicanalíticos de Porto Alegre (1957), ao qual todos os peritos contratados durante a direção de Messina estavam vinculados, realizando posteriormente formação como psicanalistas junto à SPPA. Dessa forma, pode-se destacar a direção de Messina como a fase de consolidação da orientação terapêutica do MJMC, na qual os psiquiatras da instituição procuraram tratar os internos mais como pacientes que como presos¹⁸, por meio do emprego gradual de técnicas de praxiterapia e da aplicação de preceitos da terapêutica psicanalítica.

O artigo de Albuquerque *et alii* (1966) apresenta um resgate histórico ilustrativo do impacto exercido pela psicanálise na instituição:

18 O relato de Meneghini a esse propósito é bastante ilustrativo: "Messina iniciou logo, junto ao governo do estado, tenaz batalha para aumentar o quadro de técnicos do estabelecimento. Organizou, com o Departamento do Serviço Público, rigorosos concursos, pois detestava seleções que não fossem as mais legais e escrupulosas. Desse modo, transferidos do Instituto Médico-Legal, mas passando também pela porta severa do concurso, tivemos conosco, a partir de 1954, Roberto Pinto Ribeiro e José Maria Santiago Wagner, que, aliás, muito desinteressadamente, já auxiliavam no atendimento de pacientes e na feitura de laudos periciais, imbuídos do propósito de transformar o manicômio, de presídio que era, num estabelecimento de índole hospitalar e condizente com suas verdadeiras finalidades. Logo a seguir, em novo concurso, foi admitido Manoel Antônio Albuquerque e eu me efetivei" (MENECHINI, 1974, p. 87, grifos do autor).

De 1951 a 1955 o IPF foi reorganizado por psiquiatras de orientação dinâmica (...). Aí começa uma outra etapa do instituto, que se estende até a época atual. O hospital funcionava em termos clássicos, usando-se principalmente métodos repressivos de tratamento. As celas para isolamento eram utilizadas com frequência, frente a qualquer perturbação “disciplinar” e havia um cuidado muito grande de se abafar qualquer manifestação do paciente que perturbasse a ordem. O curso dado à equipe de atendimento mudou um pouco a maneira de encarar as doenças e possibilitou uma visão mais real do paciente, visto mais como doente do que como criminoso. As ideias psicanalíticas começaram seu caminho dentro do hospital e daí para cá foram-se difundindo entre o pessoal de todos os níveis. A vinda de mais médicos, todos com orientação e conhecimentos psicanalíticos, e a ocupação da direção por um psicanalista¹⁹ marcaram definitivamente a passagem do hospital de uma organização clássica, repressiva, para um atendimento mais dinâmico (ALBUQUERQUE *et alii*, 1966, pp. 3-4)

Os comentários dos autores reiteram no âmbito do IPFMC aquilo que Cyro Martins (1993) já apontava para a psiquiatria gaúcha como um todo: o advento da psicanálise representou uma mudança profunda na terapêutica psiquiátrica. A ênfase era a aplicação da chamada ambiente terapia (praxiterapia, laborterapia, recreação, etc.), a quimioterapia (medicação psicoativa) era reservada a crises epiléticas, excitação, depressão, ansiedade, estados delirantes e confusional agudos e, por fim, das chamadas terapêuticas biológicas ainda era aplicada apenas o eletrochoque: “(...) nos casos excepcionais de excitação ou depressão persistentes e que tenham se mostrado rebeldes a todas as demais medidas terapêuticas” (ALBUQUERQUE *et alii*, 1966, p. 10).

As modificações de orientação teórica dos peritos da instituição refletem-se em seus laudos, conforme mostra o Quadro 3, no qual pode-se observar o aumento pronunciado da aplicação do diagnóstico de personalidade psicopática esquizoide de 1951 a 1973, constituindo cerca de 30% (189) dos periciados limítrofes no período. Adicionalmente, deve-se destacar a pequena frequência da atribuição de diagnósticos de personalidade psicopática antissocial, que totaliza apenas 1,6%.

19 Os autores se referem a Roberto Pinto Ribeiro, que entre 1965 e 1966 exerceu a direção do IPFMC, sucedendo a Messina, e a Manuel Albuquerque, que embora não possuísse formação como psicanalista fazia parte da SPPA e apoiava as iniciativas da psiquiatria dinâmica propostas pelos demais peritos, segundo relatado em entrevista.

Quadro3 – Diagnósticos primários agrupados por tipo (1932-1950 e 1951-1973) – IPFMC

Diagnóstico primário	1932-1950		1951-1973	
	Frequência	%	Frequência	%
Personalidade psicopática	119	64,0	261	41,5
Personalidade psicopática esquizoide	6	3,2	189	30
Personalidade perversa instintiva/ personalidade psicopática anti-social	24	12,9	10	1,6
Personalidade psicopática – tipos específicos	27	14,5	58	9,2
Psicose	5	2,7	3	0,5
Caráter neurótico	–	–	108	17,2
Outros diagnósticos	5	2,7	–	–
Total	186	100	629	100

Fonte: registros administrativos do IPFMC

É possível que a modificação na frequência da aplicação dos dois diagnósticos decorra do predomínio da psicanálise como orientação teórico-clínica entre os peritos da instituição. Isso porque os componentes diagnósticos da personalidade psicopática antissocial e da personalidade psicopática esquizoide apresentados nos laudos psiquiátrico-legais eram em boa parte coincidentes: escassas expressões emocionais, ausência de sentimentos de culpa, tendência a condutas agressivas como resposta a frustração ou ansiedade. A diferença crucial era o fato de que na personalidade psicopática antissocial havia uma “conduta antissocial estereotipada”, ou seja, o cometimento de sucessivos crimes pelo periciado, interpretados como sintomáticos na medida em que representariam a expressão de um conflito inconsciente, enquanto na personalidade psicopática esquizoide os crimes em questão costumavam ser mais violentos²⁰ e dificilmente coincidiam com uma história de vida criminal pregressa.

Dessa forma, pode-se estabelecer um paralelo com a classificação dos tipos criminosos de Enrico Ferri (1893) e afirmar que a personalidade psicopática antissocial estava para o criminoso habitual assim como a personalidade psicopática esquizoide para o criminoso ocasional. Da mesma maneira, Roberto

20 Entre os diagnósticos do período, aquele que apresenta mais forte associação com crimes contra a vida é o de personalidade psicopática esquizoide.

Pinto Ribeiro sustenta que, embora todos os diagnósticos fronteiros sejam considerados refratários à psicoterapia, havia chance de redução da periculosidade nos casos diagnosticados como personalidade psicopática esquizoide; já para a personalidade psicopática antissocial essa era uma esperança perdida, como explicita textualmente:

Essas personalidades [*antissociais*], por sua instabilidade emotiva, agressividade e amoralidade, são encontradas em grande número entre os *criminosos habituais*, e cujo *prognóstico de reincidência é dos mais desfavoráveis*. Falsa é a crença de que possuam uma consciência moral e possam por meio de medidas repressoras adquirir a moral *standard*. É o mesmo que esperar que um débil mental tire da experiência conclusões além das que o déficit intelectual permite (RIBEIRO, 1950, p. 40, grifos nossos).

Assim, pode-se observar nesse período a intensificação da tendência à ênfase no diagnóstico para a designação de uma alta *periculosidade* do periciado, entendida cada vez mais como o risco de reincidência em novos crimes, sem associação direta com a gravidade do crime cometido.

Quadro 4 – Cruzamento entre diagnóstico primário e crime principal (1951-1973) – IPFMC

		Crime principal					TOTAL
		Crime contra a pessoa	Crime contra a vida	Crime contra o patrimônio	Crime contra os costumes	Outros crimes	
Diagnóstico primário	Caráter neurótico	12	40	37	12	7	108
	Personalidade psicopática	30	77	94	51	9	261
	Personalidade psicopática - tipos específicos	11	27	13	6	1	58
	Personalidade psicopática antissocial	0	3	5	0	2	10
	Personalidade psicopática esquizoide	20	76	55	24	14	189
	Psicose	0	0	2	1	0	3
TOTAL		73	223	206	94	33	629

Fonte: registros administrativos do IPFMC

A dissociação entre periculosidade e gravidade do crime cometido torna-se evidente quando se observa que o diagnóstico de personalidade psicopática esquizoide é o mais diretamente associado a crimes contra a vida (cerca de 34%), conforme mostra o Quadro 4. No entanto, não se evidencia que a gravidade do crime cometido por aqueles com tal diagnóstico fosse refletida em sua atribuição de periculosidade.

Em síntese, pode-se afirmar que a partir de 1950 há uma modificação no plano dos regimes de verdade que disputam a hegemonia na discussão psiquiátrica gaúcha. Até então o que se observava era o emprego de um modelo híbrido no qual predominava a psicopatologia francesa no âmbito das práticas discursivas (aplicações de diagnósticos) e as terapêuticas biológicas calcadas na psiquiatria alemã no plano das práticas não-discursivas (técnicas terapêuticas). Após 1950, intensifica-se o estabelecimento da psicanálise como regime de verdade hegemônico no Rio Grande do Sul, apresentando seus principais reflexos no IPFMC depois de 1965, quando começa a ser planejada e logo instaurada a iniciativa terapêutica posteriormente batizada como alta progressiva.

Embora as discussões diagnósticas apresentadas nos laudos psiquiátricos do IPFMC mantenham sua influência psicanalítica, a implementação da Classificação Internacional de Doenças (CID) ao longo da década de 1970²¹ dá início a um processo de operacionalização dos diagnósticos que progressivamente os distancia de um modelo de discussão psicopatológico baseado em sintomas para cada vez mais se resumir à apresentação de comportamentos seguida de uma classificação codificada. Efetivamente, as categorias diagnósticas são aplicadas por meio das práticas discursivas psiquiátrico-forenses com direta referência às categorias jurídicas definidas no Código Penal de 1940 (“doença mental” e “perturbação da saúde mental”), havendo explícita indicação quanto à imputabilidade penal nos laudos psiquiátricos. Nesse período coexistiram o caráter punitivo da internação, especialmente no caso dos semi-imputáveis (submetidos ao duplo binário, dispositivo que reparte a sentença entre um período como pena e outro como cumprimento de medida de segurança no instituto), e o caráter terapêutico da internação, especialmente no que se refere aos inimputáveis. Contudo, não se pode afirmar que haja uma efetiva subordinação da modalidade enunciativa psiquiátrica à jurídica nesse período, mas sim o início desse processo, que apenas se consolida após 1974.

21 Apesar de a hegemonia da psiquiatria dinâmica perseverar no IPFMC, a partir de 1974 os peritos passam, gradualmente, a adotar as designações da CID-8 como padronização para os diagnósticos. O impacto da adoção da CID-8 e suas sucessoras nos laudos do IPFMC foi a drástica restrição da manifestação de inclinações teóricas dos psiquiatras durante atribuição dos diagnósticos. Embora houvesse liberdade para utilizar os conceitos que julgassem adequados para a interpretação de sintomas e a construção do diagnóstico, a enunciação propriamente dita do diagnóstico no laudo devia obedecer às categorias e codificações previamente descritas na CID.

Padronização diagnóstica e aumento do fluxo pericial: a hegemonia das classificações codificadas no Instituto Psiquiátrico Forense (1974 a 2003)

Em 1974 inicia-se uma gradual padronização dos diagnósticos atribuídos nos laudos psiquiátrico-legais, o que permitiu uma seleção mais precisa dos casos limítrofes. Houve um significativo aumento no fluxo de periciados pela instituição: enquanto entre 1951 e 1973 realizava-se uma média de 149 perícias para novos ingressos na instituição²², entre 1974 e 1994 a média anual é de 275 laudos, mantendo-se relativamente estável, mas elevando-se entre 1995 e 2003 para 854 laudos anuais.

Nota-se a persistência do predomínio da orientação psicanalítica entre os peritos até a década de 1980. No entanto, em meados dos anos de 1990 é perceptível uma tendência geral à simplificação do conteúdo dos laudos. Como efeito, tornam-se cada vez mais raros laudos que interpretam de modo mais detalhado o histórico de vida do periciado à luz de conceitos da psiquiatria dinâmica. A redução relativa do corpo pericial após 1995 e o aumento substancial da demanda jurídica por perícias no mesmo período possivelmente explicam a tendência. Evidencia-se um progressivo aumento das descrições de caráter comportamental no tópico referente à discussão diagnóstica, em prejuízo das caracterizações de traços de personalidade e da descrição da dinâmica familiar, até então privilegiadas.

No mesmo período houve a padronização dos diagnósticos no IPFMC modificações legais parecem ter operado alterações na prática psiquiátrico-forense e no cotidiano institucional. Uma delas foi a criação da lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976, que define os crimes de tráfico e uso de entorpecentes²³ e isenta o réu caso se constate a dependência química por meio de perícia específica²⁴. Embora a formulação da lei replique parte do texto do art. 22 do Código Penal de 1940, trata-se de uma condição diferente, pois a dependência química ou psíquica é fato jurídico distinto da responsabilidade penal (ou de sua inexistência). Sendo assim, acaba por ser criada uma nova categoria de laudos periciais, a verificação de dependência a tóxicos, em paralelo às modalidades já existentes: verificação de responsabilidade penal e verificação de cessação de periculosidade²⁵.

22 Esse dado sempre considera apenas a primeira perícia de cada paciente admitido na instituição. Em média, o número total de laudos realizados por ano nesse período é bastante oscilante em decorrência das flutuações no número de peritos na instituição.

23 “Art. 1º: É dever de toda pessoa física ou jurídica colaborar na prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica” (lei nº 6.368/76).

24 “Art. 29: Quando o juiz absolver o agente, reconhecendo por força de perícia oficial, que ele, em razão de dependência, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, ordenará seja o mesmo submetido a tratamento médico” (lei nº 6.368/76, grifos nossos).

25 Uma referência completa às diferentes modalidades de perícias psiquiátrico-legais realizadas no IPFMC pode ser encontrada em Cardoso (2006).

Outra alteração importante foi a extinção do duplo binário por ocasião da revisão do Código Penal em 1984. A principal implicação dessa mudança nos laudos ocorreu a partir de reuniões do corpo pericial após as modificações para uma definição do impacto que teriam sobre os laudos.

O Quadro 5 permite observar as modificações na tendência quanto ao tipo de crimes cometidos pelos limitrofes periciados no IPFMC ao longo de 71 anos. À medida que se intensifica o número anual de perícias, nota-se uma evidente mudança no perfil criminal encaminhado à instituição e efetivamente diagnosticado sob a designação de perturbação da saúde mental.

Quadro 5 – Crimes agrupados por tipo (1932-1950, 1951-1973 e 1974-2003) – IPFMC

	1932-1950		1951-1973		1974-2003	
Crime cometido	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Crime contra a pessoa	14	7,5	73	11,6	132	11,3
Crime contra a vida	82	44,1	223	35,5	296	25,5
Crime contra o patrimônio	43	23,1	206	32,8	418	35,9
Crime contra os costumes	29	15,6	94	14,9	158	13,6
Lei dos tóxicos	–	–	–	–	130	11,2
Outros crimes	18	9,7	33	5,3	29	2,5
Total	186	100	629	100	1163	100

Fonte: registros administrativos do IPFMC

Há uma intensificação no declínio dos crimes contra a vida, na mesma medida em que aumenta relativamente a frequência de crimes contra o patrimônio e, no último período, a constituição de uma taxa fixa de crimes enquadrados na Lei dos Tóxicos, correspondentes de modo mais ou menos direto à frequência de perícias por dependência a drogas, conforme previamente indicado. O índice geral de crimes contra os costumes (que em mais de 98% são constituídos por crimes violentos, como estupro e atentado violento ao pudor), embora apresente uma leve redução relativa ao longo dos anos, mantém-se mais ou menos estacionário, bem como os crimes contra a pessoa (em sua maioria, de lesão corporal).

Conforme exposto ao longo deste artigo, embora a personalidade psicopática antissocial e suas congêneres já apresentassem uma forte relação com atos criminosos, será a definição de critérios diagnósticos do DSM-III (revisão do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* ou, em inglês, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, publicado em 1952) para o transtorno de personalidade antissocial, mais calcada em critérios comportamentais do que em traços de personalidade, o que permitirá um aumento substancial da frequência de aplicação da categoria. Note-se que, apesar de a Classificação Internacional de Doenças (CID) ser oficialmente utilizada no IPFMC, ao longo da década de 1984 a classificação presente na CID-9 (9ª revisão do CID) – “transtorno de personalidade com manifestações predominantemente sociopáticas ou associas” – dá lugar, progressivamente, à designação do DSM-III e seus sucessores – “transtorno de personalidade antissocial” –, que adota o mesmo código da CID-9 mas apresenta uma descrição mais estritamente comportamental para a categoria, em lugar de apenas indicar critérios para seu enquadramento. Mesmo após a mudança da classificação e codificação apresentada na CID-10 (10ª revisão do CID) – “transtorno de personalidade dissocial” –, durante a década de 1990, o diagnóstico empregado nos laudos periciais continua sendo o definido no DSM-III-R (revisão de 1987 do DSM-III) e, posteriormente, no DSM-IV. A opção por uma definição mais comportamental para a categoria possui reflexos diretos nos laudos psiquiátricos legais.

O principal problema implicado pela definição de transtorno antissocial de personalidade para fins psiquiátricos forenses é o fato de que a aplicação da classificação pode facilmente constituir uma profecia que cumpre a si mesma (*self-fulfilling prophecy*) no contexto psiquiátrico forense. Pois, uma vez que a maior parte dos periciados encontra-se em fase processual, o laudo é requisitado sem que necessariamente o réu tenha admitido ser culpado por seu crime ou preso em flagrante. O próprio fato de ser instaurado incidente de insanidade mental e requisitado o laudo psiquiátrico legal é indicativo de que a parte que requer o laudo (usualmente o juiz e, mais raramente, a defesa) considera que há algo de estranho com o crime ou, no caso das perícias de dependência a drogas, que o periciado pode ser dependente químico.

Em qualquer dos casos, a denúncia constante nos autos e o resultado da entrevista psiquiátrica muitas vezes já são suficientes para enquadrar o periciado na designação dos critérios comportamentais de transtorno antissocial de personalidade. Contudo, como o laudo precede a sentença, a aplicação da classificação, em termos práticos, equivale a um indicativo de culpa, mesmo que o laudo objetivamente não possa ser constituído como prova judicial. Embora fenômenos similares tenham sido observados em casos específicos em períodos anteriores (em especial, os que envolviam acusações de crimes contra os costumes envolvendo crianças), há uma diferença crucial, pois o transtorno de personalidade antissocial tem relação direta com o crime, ou seja, a discussão sobre o nexos causal entre crime e diagnóstico é praticamente desnecessária, uma vez que o transtorno em questão caracteriza-se precisamente pela ocorrência de repetidos crimes, instabilidade laboral, conduta enganadora, etc.

No entanto, deve-se destacar que, embora maioria, nem todos os casos sob essa classificação correspondem aos antigos “criminosos habituais”. A categoria acaba sendo atribuída a alguns criminosos ocasionais quando há uma orientação de caráter mais psicodinâmico. Ao longo da década de 1990, a ampliação da demanda por perícias por parte do Sistema de Justiça Criminal, aliada à aplicação sistemática da CID-10, faz com que a classificação seja aplicada cada vez mais com base apenas nos elementos comportamentais listados para o diagnóstico. O reflexo mais evidente disso é o surgimento de casos em que a própria atribuição da classificação de transtorno de personalidade antissocial, embora possua elementos suficientes segundo o DSM-III-R e a CID-10, é inapropriada de um ponto de vista psicopatológico. Parece haver nos laudos um progressivo distanciamento de qualquer sentido clínico que o diagnóstico de “psicopata” pudesse ter no contexto psiquiátrico forense, restando dele apenas sua classificação codificada. Aqueles que recebem essa classificação figuram, segundo publicação dos peritos do IPFMC, entre os periciados de maior *periculosidade*, noção compreendida como tendência à repetição de comportamentos delitivos futuros (TEITELBAUM e OLIVEIRA, 1999, p. 273).

Quando se observa a correlação entre os crimes perpetrados e os diagnósticos correspondentes, apresentada no Quadro 6, percebe-se que o diagnóstico é o critério para a definição da periculosidade, entendida cada vez mais como o *risco* da reincidência em novos crimes, sem associação direta com a gravidade do crime já cometido (a maioria dos delitos cometidos pelos periciados com esse diagnóstico é contra o patrimônio). Entretanto, apesar da crescente tendência à classificação desprovida de discussão diagnóstica verificada ao longo da década de 1990, os crimes de excepcional violência, como chacinas e assassinatos em série²⁶, que usualmente motivam o juiz a requisitar o incidente de insanidade mental precisamente pelas características do fato delituoso, costumam merecer maior atenção dos peritos.

Quadro 6 – Cruzamento entre diagnóstico primário e crime principal (1974-2003) – IPFMC

		Crime principal						TOTAL
		Crime contra a pessoa	Crime contra a vida	Crime contra o patrimônio	Crime contra os costumes	Lei dos Tóxicos	Outros crimes	
Diagnóstico primário	Outros transtornos de personalidade	4	8	23	5	5	2	47
	Outros transtornos mentais	0	0	7	0	1	0	8
	Psicose	0	2	3	0	0	0	5
	Transtorno de personalidade	74	86	92	37	35	11	335
	Transtorno de personalidade antissocial	43	165	259	74	78	11	630
	Transtorno de personalidade esquizoide	11	35	34	23	10	3	116
	Transtorno sexual	0	0	0	19	1	2	22
TOTAL		132	296	418	158	130	29	1163

Fonte: registros administrativos do IPFMC

Em síntese, pode-se dizer que a partir da década de 1970, as modificações na política criminal brasileira, especialmente a criação da Lei dos Tóxicos em 1976²⁷, aliada à imposição legal do uso da CID, deram origem a novas pressões oriundas da modalidade enunciativa punitiva. As sucessivas intervenções da Superintendência dos Serviços Penitenciários (Susepe)²⁸ – mudanças de regimento, instauração de diretores não-psiquiatras, implementação de políticas estritamente carcerárias no trato com pacientes – confrontaram-se

26 Todos os casos desse gênero no estado mereceram atenção da imprensa. Entre eles, o laudo mais detalhado (18 páginas, assinado por cinco peritos) refere-se ao periciado que os meios de comunicação batizaram de “Maníaco da Praia do Cassino”, um pescador de 28 anos que atacava casais à beira da praia do Cassino (município de Rio Grande), roubando-os e eventualmente os estuprando, deixando um total de sete vítimas letais. Trata-se de um clássico assassino serial, que explicitou ter se baseado no chamado “Maníaco do Parque” de São Paulo para cometer seus crimes. Como é frequente nesses casos, apesar da recomendação expressa dos peritos de que o paciente fosse submetido a pena prisional e não medida de segurança, o juiz determinou, inicialmente, o cumprimento dessa segunda opção.

27 Até então, o Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso realizava perícias de responsabilidade penal (para determinar se o réu é ou não imputável pelo crime do qual é acusado) e superveniência de doença mental (para aferição de episódio psicótico durante cumprimento de pena restritiva de liberdade na rede carcerária), que poderia levar à conversão de pena em medida de segurança. Após a aprovação da Lei dos Tóxicos, em 1976, passa a realizar as perícias de dependência a drogas, cujo objetivo é definir se o réu é dependente químico, o que constitui atenuante para o crime cometido e, com uma boa defesa, pode justificar o re-enquadramento de um réu processado por tráfico de entorpecentes para usuário de droga.

28 Órgão da Secretaria de Justiça e Segurança do Rio Grande do Sul responsável pela administração das instituições penitenciárias no estado.

com a perspectiva terapêutica que os psiquiatras procuram imprimir ao IPFMC, visando à reintegração familiar e social dos pacientes em detrimento do caráter restritivo de liberdade da instituição. A Susepe tentava fazer com que fossem instaurados procedimentos carcerários a pacientes e seus familiares, visando reduzir o número de fugas, considerado elevado para uma instituição carcerária.

O período de 1985 a 1995 representa o auge do conflito entre as modalidades enunciativas terapêutica e punitiva na instituição. Há o predomínio sucessivo de uma e outra até ser adotada uma solução de compromisso após a qual se observa um equilíbrio relativo entre ambas as modalidades até o presente.

Pode-se afirmar que entre 1974 e 2003 a modalidade enunciativa médico-científica subordinou-se à modalidade enunciativa jurídico-legal. As categorias diagnósticas passaram a ser aplicadas por meio das práticas discursivas psiquiátricas forenses com direta referência às categorias jurídicas definidas no Código Penal de 1940 (“doença mental” e “perturbação da saúde mental”), referindo explícita indicação quanto à imputabilidade penal nos laudos psiquiátricos (indicando se o paciente deveria ou não cumprir medida de segurança e se era mais indicado o IPFMC ou outra instituição).

Embora a ênfase no caráter terapêutico da internação predominasse ao longo do período nas práticas discursivas psiquiátricas – o que se reflete na explícita indicação de que apenas os inimputáveis deviam ser mantidos na instituição apesar da maior “periculosidade” dos semi-imputáveis –, em algumas ocasiões, devido a questões de funcionamento do Sistema de Justiça Criminal, os juízes contradizem as definições dos peritos e determinam a internação de semi-imputáveis (por exemplo, em casos em que, pelas características do crime – infanticídio, chacina, etc. – o condenado fosse correr maior risco físico em um presídio comum).

Quanto aos diagnósticos aplicados aos limitófes, ao longo de todo o período há algumas recorrências importantes e várias modificações em sua caracterização. A principal é a relação do diagnóstico com o crime. Nos períodos iniciais, a violência do crime, frequentemente resultante em morte ou graves ferimentos da vítima, está diretamente associada às alterações psíquicas de caráter patológico atribuídas aos periciados.

Entre 1925 e 2003 constata-se a existência de uma progressiva “judicialização” da modalidade enunciativa da psiquiatria forense, levando-a a adotar as categorias definidas juridicamente (“doença mental” e “perturbação da saúde mental”) para a atribuição, inicialmente, de categorias diagnósticas, e, posteriormente, de classificações codificadas. A despeito das modificações históricas da psiquiatria em geral e dos diagnósticos de maior interesse forense, especificamente e institucionais do IPFMC, não foram encontrados, seja nos laudos ou nas entrevistas realizadas, referências a eventuais limitações impostas pelas codificações jurídicas ao trabalho de perícia psiquiátrica forense.

Considerações finais

Tomando como referência a articulação dos discursos psiquiátrico e jurídico no âmbito do IPFMC, pode-se identificar o predomínio da noção de *periculosidade* na caracterização do indivíduo perigoso entre 1925 e 1973. A caracterização da “natureza” do indivíduo perigoso inicialmente estava calcada em definições psiquiátricas de caráter orgânico-hereditário, até passar, após 1950, a descrições de caráter psicodinâmico da formação do psiquismo calcadas na caracterização da personalidade anormal do criminoso. Nesse período ocorre a promulgação do Código Penal de 1940, no qual a noção de periculosidade foi integrada ao texto jurídico e após o qual explicitamente foi instituído um modelo punitivo de “defesa social” que perdurou no país até 1984.

Após 1973, pode-se observar uma série de mudanças no IPFMC: a assimilação das classificações internacionais de doenças; a introdução de perícias por dependência (em adição às de responsabilidade penal); o fim do duplo binário²⁹ e, por fim, a aprovação da Lei de Execuções Penais em 1984. O resultado conjunto dessas modificações jurídicas e classificatórias, aliadas ao aumento exponencial da demanda pericial no decorrer da década de 1990, é uma forte tendência à orientação das perícias psiquiátricas forenses visando ao gerenciamento do “risco” da emergência

29 O Código Penal de 1940 criou uma categoria intermediária de imputabilidade penal: a semi-imputabilidade, na qual passaram a ser enquadrados todos os que padecessem de “perturbação da saúde mental” (dependência química, patologias da personalidade, neuroses, etc.), que correspondiam aos quadros limítrofes. A partir de então, em adição às instituições já existentes (penitenciárias e presídios para os imputáveis e manicômios judiciais para os inimputáveis), deveriam ser criadas as casas de custódia e tratamento para os semi-imputáveis. Como essas instituições não foram criadas, o que efetivamente ocorreu com os semi-imputáveis entre 1940 e 1984 foi o cumprimento da primeira metade da sentença como pena e da segunda metade como medida de segurança (que, por definição, só termina com um laudo de cessação de periculosidade ou caso tenha sido atingido o prazo de 30 anos somando pena e medida de segurança).

de comportamentos criminosos com base na aplicação de classificações codificadas. Essa tendência institucional segue uma propensão contemporânea de caráter mais amplo, regida por uma lógica administrativa que visa gerenciar a segurança pública a partir dos *riscos* implicados pela vida em sociedade, e tende a se apresentar insensível às garantias individuais dos cidadãos, qualificando-os a partir de seus potenciais de risco criminal.

Em conclusão, pode-se afirmar que ao longo do período compreendido entre 1925 e 2003 foi constatada a existência de uma progressiva adequação da modalidade enunciativa da psiquiatria forense, levando-a a adotar as categorias definidas juridicamente (“doença mental” e “perturbação da saúde mental”) para a atribuição, inicialmente, de categorias diagnósticas e, posteriormente, de classificações codificadas. A despeito das modificações históricas da psiquiatria em geral, não foram encontrados, seja nos laudos ou nas entrevistas realizadas, referências a eventuais limitações impostas pelas codificações jurídicas ao trabalho de perícia psiquiátrica forense.

Referências

- ALBUQUERQUE, Manuel Antônio; BERTONI, Mário; MOSTARDEIRO, Antônio Bento; RAYA IBAÑES, Sylvio [e] RIBEIRO, Roberto Pinto. (1966), “Contribuições da psicanálise ao Instituto Psiquiátrico Forense”. Trabalho apresentado à IV Jornada Sul-Rio-grandense de Psiquiatria Dinâmica, Caxias do Sul.
- ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA (APA). (2002), Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre, Artmed.
- BAUER, Martin [e] AARTS, Bas. (2002), “A construção do ‘corpus’: Um princípio para a coleta de dados qualitativos”. Em: BAUER, Martin [e] GASKELL, George (orgs). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: Um manual prático. Petrópolis, Vozes.
- BRASIL. (1937), Constituição dos Estados Unidos do Brasil.
- _____. (1940), Decreto-lei nº 1.848 – Código Penal.
- _____. (1976), Lei nº 6.368 – Lei de Entorpecentes.
- CARDOSO, Rogério Götttert. (2006), “Perícias psiquiátricas legais”. Em: CARDOSO, Rogério Götttert [e] SOUZA, Carlos Alberto Crespo (orgs). Psiquiatria forense: 80 anos de prática institucional. Porto Alegre, Sulina.
- COMTE, Auguste. (1972), Opúsculos de filosofia social. São Paulo/Porto Alegre, Edusp/Globo.
- CPDOC-FGV. (1997), A era Vargas, 1º tempo: Dos anos 20 a 1945 (CD-ROM). Rio de Janeiro, Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil da Fundação Getúlio Vargas (CPDOC-FGV).
- EGÍDIO, Paulo. (1900), Estudos de sociologia criminal: Do conceito geral do crime segundo o método contemporâneo (a propósito da teoria de E. Durkheim). São Paulo, Casa Eclética.

- ENGEL, Magali. (2001), Os delírios da razão: Médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930). Rio de Janeiro, Fiocruz.
- FOUCAULT, Michel. (1984), “O cuidado com a verdade”. Em: ESCOBAR, Carlos Henrique (org). Dossiê: Últimas entrevistas. Rio de Janeiro, Taurus.
- _____. (1999[1975]), Vigiar e punir. Petrópolis, Vozes.
- _____. (2002[1963]), História da loucura. São Paulo, Perspectiva.
- _____. (2000[1971]), A ordem do discurso. São Paulo, Loyola.
- GODOY, Jacintho. (1932), Psicologia criminal. Porto Alegre, sem editora.
- _____. (1955), Psiquiatria no Rio Grande do Sul. Porto Alegre, sem editora.
- GOMES, Willian B. (2006), Psicologia no estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, MuseuPsi.
- GUEDES, José Luis. (1917), “Influências da psiquiatria e da psicanálise”. Em: Estudo clínico das paralisias alternas: Tese de concurso à seção de clínica neurológica e psiquiátrica apresentada à Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Porto Alegre, Oficinas Gráficas da Livraria do Globo.
- LE GOFF, Jacques. (2005), A civilização do Ocidente medieval. Bauru, Edusc.
- MARTINS, Cyro. (1993), Caminhos: Ensaios psicanalíticos. Porto Alegre, Movimento.
- MENEZHINI, Luis Carlos. (1974), À sombra do plátano. Porto Alegre, sem editora.
- ODA, Ana Maria Galdini R. [e] DALGALARRONDO, Paulo. (2005), “História das primeiras instituições para alienados no Brasil”. História, Ciências, Saúde: Manguinhos, Vol. 12, nº 2, pp. 983-1010.

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). (1978), Classificação Internacional de Doenças: Manual da classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbito (CID-9). São Paulo, Edusp.
- _____. (1993), Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre, Artmed.
- PEIXOTO, Afrânio. (1938), Medicina legal: Psicopatologia forense. Rio de Janeiro, Francisco Alves.
- PESAVENTO, Sandra Jatahy. (2007), “Um pouco da história do Hospital Psiquiátrico São Pedro”. *Psychiatry On-Line Brazil*, Vol. 12, nº 6.
- _____. (2009), Visões do cárcere. Porto Alegre, Zouk.
- PICCININI, Walmor. (2007), “Um pouco da história do Hospital Psiquiátrico São Pedro”. *Psychiatry on line Brazil*, Vol. 12, nº 6.
- PY, Aurélio da Silva. (1942), A 5ª coluna no Brasil. Porto Alegre, Globo.
- RIBEIRO, Roberto Pinto. (1950), A personalidade esquizoide: Estudo médico-legal. Porto Alegre, Livraria Selbach.
- TEITELBAUM, Paulo Oscar [e] OLIVEIRA, Otávio Passos de. (1999), “Delinquência no Rio Grande do Sul: Um estudo da população carcerária (prevalência de Tasp e outros diagnósticos psiquiátricos)”. Em: TAVARES DOS SANTOS, José Vicente (org). *Violências no tempo da globalização*. São Paulo, Hucitec.
- VENÂNCIO, Ana Teresa A. [e] CARVALHAL, Lazara. (2001), “A classificação psiquiátrica de 1910: Ciência e civilização para a sociedade brasileira”. Em: JACÓ-VILELA, Ana Maria [e] CEREZZO, Antônio Carlos (orgs). *Clyo-Psyché ontem: Fazeres e dizeres psi na história do Brasil*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará.

WADI, Yonissa Marmitt. (2002), *Palácio para guardar doídos: Uma história das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre, Editora da UFRGS.

WEBER, Beatriz Teixeira. (1999), *As artes de curar: Medicina, religião, magia e positivismo na república rio-grandense (1889-1928)*. Santa Maria/Bauru, Edusc/EdUFSM.

RESUMEN: *Fronteras de la sanidad: 'Peligrosidad' y 'riesgo' en la articulación de los discursos psiquiátrico forense y jurídico en el Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso de 1925 a 2003* analiza la articulación entre los discursos jurídico y psiquiátrico forense en los laudos del Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso entre 1925 y 2003. Adoptando un abordaje arqueogenealógico inspirado en Michel Foucault, describe los regímenes de verdad jurídico-legales y médico-científicos en que emergen las nociones de peligrosidad y riesgo. Hasta 1973, hay el predominio de la peligrosidad, según la cual determinantes hereditarios y de personalidad tendían a ser asociados al comportamiento criminal violento. A partir de ahí, emerge la noción de riesgo, centrada en la determinación de potenciales reincidencias con énfasis en la clasificación psiquiátrica.

Palavras chave: crimen, locura, peligrosidad, riesgo, Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso

FRANCIS MORAES DE ALMEIDA (framses@gmail.com) é professor do Departamento de Sociologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e de seu Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. É doutor em sociologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS, Brasil), mestre em sociologia pela mesma casa e bacharel em ciências sociais e em psicologia pela UFSM.